

# Fiche Annuelle de Renseignements

## Service Jeunes « 11/14 ans »

### Année 2019-2020

#### Documents à fournir :

- Une fiche annuelle de renseignements remplie et signée
- Le numéro d'allocataire pour déterminer le Quotient Familial
- Règlement intérieur signé par le représentant légal
- Photocopie des pages de vaccination
- Attestation d'Assurance
- RIB (mandat de prélèvement à signer)
- Une photocopie de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) le cas échéant
- Autorisation de droit à l'image

#### LE JEUNE

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Age : ..... ans Sexe : M  F

Adresse principale du jeune : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Nom du collègue : ..... Classe : .....

#### RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Mère  Père  Tuteur.trice légal.e

**Nom du Parent 1** : ..... Nom de jeune fille si différent : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .... / .... / .... / .... / ..... Téléphone portable : .... / .... / .... / .... / .....

Téléphone travail : .... / .... / .... / .... / ..... E-mail : .....@.....

Profession : ..... **Autorité parentale** : oui  non

**Nom du Parent 2** : ..... Nom de jeune fille si différent : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .... / .... / .... / .... / ..... Téléphone portable : .... / .... / .... / .... / .....

Téléphone travail : .... / .... / .... / .... / ..... E-mail : .....@.....

Profession : ..... **Autorité parentale** : oui  non

Situation familiale avec le parent 1 : .....

**Régime d'appartenance** :  CAF  MSA  Autre, préciser : .....

**N° allocataire CAF : 0** ... .. Ou **Numéro MSA** : .....

Autorisez-vous la direction de l'ALSH à consulter votre QF via CAF PRO (avec le n° allocataire) :  Oui  Non

**Quotient familial** : ..... **Date d'effet** : .....

Bénéficiaire des bons :  Bons CAF (si oui, merci de nous les transmettre)

#### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné-e Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur.trice légale) .....

autorise mon enfant à rentrer seul (de l'ALSH)  n'autorise pas mon enfant à rentrer seul (de l'ALSH)

autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités (autre que les parents) :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

### **URGENCES MEDICALES**

Médecin traitant : ..... Tél : .....

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement :  Père  Mère  Tuteur.trice légale

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  Coqueluche

Allergies ou Régime alimentaire particulier :

Asthme  Autres : .....

Médicamenteuses  Alimentaires Merci de préciser : .....

PAI : ..... Bénéficiaire de l'AAEH (allocation handicap) :

**Merci de nous fournir les médicaments avec une ordonnance / une photocopie du P.A.I**

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

.....  
.....

### **ASSURANCE DU JEUNE**

Responsabilité civile : oui  non  Individuelle accident : oui  non

Compagnie d'assurance : ..... Numéro police assurance : .....

### **AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné.e Madame, Monsieur .....

- Autorise à ce que mon enfant participe à toutes les activités proposées par le service jeunes « 11/14 ans »  
- Autorise le service « 11/14 ans » à présenter mon enfant à un médecin et à prendre en cas d'accident ou d'urgence toutes décisions d'hospitalisation et d'intervention clinique jugées indispensables s'il est impossible de me joindre.

- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation et du règlement intérieur du service 11/14 ans et m'engage à le respecter.

- Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo sur le temps de la restauration, cocher cette case

Fait à ....., le ..... **Signature du ou des responsables légaux**